**介護支援専門員資質向上研修（法定外研修）受講記録（ 　１／１　枚目 ）**

**記 載 例**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 合計日数 　１０日間　合計時間 ２４時間　 | 　 |  | ２７００００００ |
| 介護支援専門員証の有効期間 | 令和○○年○○月○○日 | 主任研修修了日(主任更新研修修了日) | 令和○○年○○月○○日 |
| 日中連絡可能な電話番号 | ○○○－○○○○－○○○○ |

主任介護支援専門員更新研修の受講申込にあたり、受講要件②の法定外研修を下記のとおり受講し、修了したことに相違ありません。

主任介護支援専門員更新研修受講に必要な日数、時間数をお調べのうえ、表の合計日数と時間数を記載してください。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①修了年月日 | ②研修実施機関名称 | ③研修時間 | ④研修ＩＤ | ⑤研　修　名　称 | ⑥実施機関確認者名 | ⑦確 認 印 |
| 令和○年○月○日 | Ａ地域包括支援センター | ２Ｈ | 123456-123-12345 | スーパーバイザーの責務と実践研修 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｂ市 | ２Ｈ | 234567-234-23456 | 運営基準減算、特定事業所集中減算について | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｃ地域包括支援センター | ５Ｈ | 345678-345-34567 | ホスピス、緩和ケアをめぐる生命理論に関するケアマネジメント研修 | ○○　○○・⑥、⑦は、研修の実施団体が記入・押印してください。・⑥実施機関者確認者名は、ゴム印でも構いません。・⑦確認印は、実施機関確認者の認印で構いません。 |  |
| 令和○年○月○日 | Ｄ町 | ２Ｈ | 456789-456-45678 | 地域課題に対する取組みや実践の事例検討研修 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | 大阪府①～⑤は、研修受講者本人が記載してください。 | ３Ｈ | 567890-567-56789 | 介護予防の考え方と介護支援専門員 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｅ市 | ２Ｈ | 678901-678-67890 | 地域ケア会議などに関連する機関やボランティア等との連携強化をはかる研修 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｆ地域包括支援センター | ２Ｈ | 789012-789-78901 | ケアマネジャーに必要な高齢者の人権問題研修 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｇ地域包括支援センター | ２Ｈ | 890123-890-89012 | 支援困難事例における事例検討研修 | ○○　○○ |  |
| 令和○年○月○日 | Ｈ地域包括支援センター | ２Ｈ | 901234-901-01234 | 生活圏域と医療圏域における環境システムの構築 | 修了証添付 | （不用） |
| 令和○年○月○日 | Ｉ地域包括支援センター注３の修了証が発行された場合は、「⑥実施機関確認者名」欄に「修了証添付」と記載してください。 | ２Ｈ | 012345-678-90123 | ケアマネジメントにおける脳血管疾患に関する事例検討研修 | ○○　○○ |  |

注１：表中の①～⑤欄については、法定外研修を受講する都度、受講者本人があらかじめ記載し、研修修了後に、研修実施機関より⑥及び⑦欄に記載・押印を受けること。

　　　なお、③研修時間欄について、研修時間が１時間30分の場合は、1.5Ｈと記載すること。また、主任介護支援専門員研修、主任介護支援専門員更新研修修了日欄には、直近に受けたいずれかの研修の修了日を記載すること。

注２：主任介護支援専門員更新研修の受講申込にあたっては、「法定外研修受講記録」(本記録)原本を提出すること。（複数ある場合は、左上をホチキス止めにすること。）

注３：修了証を発行された場合は、①～⑤までは記入し、⑥に「修了証添付」と記載し、修了証の写しを添付すること。その場合、確認印は不要です。